

Харьковский национальный университет имени
В.Н.Каразина
Медицинский факультет
Кафедра внутренней медицины

Клинический случай:

Роль хронической болезни почек в манифестировании
сердечно-сосудистой патологии

Кулик Я.Э., Ситбаталов А.И., Картвелишвили А.Ю.
Научные руководители - Асс. С.В.Рыбчинский
д. мед.н., проф. Н. И. Яблучанский

Преамбула

«Все усилия благоразумного человека должны направляться не к тому, чтобы чинить и конопатить свой организм. Как утлую и дырявую ладью, а к тому, чтобы устроить себе такой образ жизни, при котором организм как можно меньше приходил бы в расстроенное положение, а, следовательно, как можно реже нуждался в починке» (Д. Писарев).

Актуальность

Почечная дисфункция – независимый предиктор кардиоваскулярной заболеваемости.

Даже небольшая почечная дисфункция вне зависимости от этиологии значительно увеличивает риск артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности (СН), кардиоваскулярной смерти.

Наш пациент

- Мужчина
- 54 года
- Директор предприятия
- Житель города
- Поступил 10.01.17

Жалобы

- Боли в грудной клетке давящего характера(длятся около 3-5 минут), возникают при ходьбе до 200 м. Локализуются преимущественно за грудиной. Купируются нитроглицерином.
- Одышка как при ходьбе менее 200м, так и в покое;
- Головные боли в основном при подъеме АД;
- Сердцебиение;
- Кашель с отделением небольшого количества мокроты;
- Слабость.

Анамнез заболевания 1

- 1999 - оперирован по поводу карбункула левой почки, в дальнейшем диагностирован хронический пиелонефрит.
 - Эпизоды повышения АД с 2005, максимальное АД до 220\140 мм. рт. ст., привычное 130\80 мм.рт.ст.
 - 2007 - впервые появляются эпизоды учащенного сердцебиения, сопровождающиеся слабостью, ощущением нехватки воздуха - пароксизм трепетания предсердий, правильная форма 2 к 1. СН I ст. левожелудочковая недостаточность, отек легких.
- В результате ургентной дефибрилляции восстановлен синусовый ритм, состояние улучшилось.
- Дополнительно выявлены: сморщенная левая почка(7.1*4.9см, контур деформирован), эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, атеросклероз аорты, начальные проявления ангиоретинопатии.

Анамнез заболевания 2

➤ 2010 - коронарография: левая коронарная артерия - стеноз 70% в проксимальном сегменте ПНА, протяженный стеноз 60-80% в среднем сегменте, субокклюзия в дистальном сегменте ПНА, субокклюзия диагональной ветви. Протяженная хроническая окклюзия ПКА перед бифуркацией, постокклюзионный сегмент частично заполняется по межсистемным коллатералям. Выполнено АКШ-3 шунта.

➤ 2011 - у пациента была выявлена персистирующая фибрилляция предсердий (ФП), выполнена катетерная абляция .

Анамнез заболевания 3

- 2015 - появилась одышка, боли за грудиной, резкая слабость в ногах, головокружение. Госпитализирован в ургентном порядке в ОИТ ССЗ. Установлена гипертензивная энцефалопатия с цефалгическим синдромом на фоне вторичной ренальной гипертензии, диффузные изменения паренхимы печени без увеличения размеров, сморщенная левая почка, киста левой почки, микрокалькулез почек, гиперплазия щитовидной железы 2-3 ст.
- ЭхоКГ: склеротические изменения аорты, створок аортального и митрального клапанов, гипертрофия миокарда ЛЖ, дилатация полостей обоих предсердий, регургитация на клапане легочной артерии 1-2ст.
- ЭКГ: блокада передней ветви ЛНПГ.

После проведенного лечения состояние больного улучшилось.

Анамнез жизни

- Жилищно-бытовые условия удовлетворительные;
- Работает директором на предприятии. Условия труда связаны с частым эмоциональным напряжением;
- Вредные привычки отрицает;
- Лекарственный анамнез не отягощен;
- Аллергологический анамнез не отягощен;
- Туберкулез, вирусный гепатит А, сахарный диабет, психические и венерические заболевания отрицает;
- 1999 оперирован по поводу карбункула левой почки;
- Наследственность отягощена по заболеваниям ССС - ИБС и АГ.

Объективный статус 1

- Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное;
- Кожные покровы обычные, бледно розовой окраски, пастозность нижних конечностей на уровне лодыжек.
- Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены;
- Щитовидная железа четко не определяется. Пальпация безболезненна.
- Костно-мышечная система без особенностей;
- Дыхательная система: увеличение частоты дыхания. Перкуторно притупление перкуторного звука сзади в нижних отделах легких. Аускультативно хрипы в нижних отделах легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания;

Объективный статус 2

- Сердечно-сосудистая система: Границы сердца в норме. Деятельность сердца ритмичная, тахикардия. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин. АД 180\120 мм рт.ст.
- Живот обычных размеров, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненна;
- Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.
- Физиологические отправления без особенностей

План обследования

- Клинический анализ крови.
- Клинический анализ мочи.
- Биохимический анализ крови (глюкоза, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, АсАТ, АлАТ).
- Рентгенография ОГК.
- ЭКГ.
- Суточное мониторирование ЭКГ.
- Суточное мониторирование АД.
- УЗИ сердца.
- УЗИ почек.

Клинический анализ крови

Показатели	Результаты	Норма
Эритроциты	$5,12 \cdot 10^{12}$	$4,0-5,0 \cdot 10^{12}$
Гемоглобин	162	130,0-160,0 г/л
ЦП	0,91	0,85-1,15
СОЭ	7	1-10 мм/ч
Лейкоциты	$8,0 \cdot 10^9$	$4,0-9,0 \cdot 10^9$
П/я	11%	1,06-6,0%
С/я	78%	47,0-72,0%
Лимфоциты	7%	19,0-37,0%
Эозинофилы	2,1%	0,5-5,0%
Моноциты	4%	3,0-11,0%
Базофилы	1,0%	0-1,0%

В пределах
нормы

Клинический анализ мочи

Показатели	Результаты	Норма
Количество (мл)	150	
Цвет	Светло-желтый	Светло-желтый
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная
Удельный вес	1,030	1,001-1,040
рН	6,0	5,0-7,0
Белок (г/л)	-	-
Глюкоза (моль/л)	-	-

В пределах нормы

Биохимический анализ крови

Показатели	Результаты	Норма
Общий билирубин	16,5 мкмоль/л	1,7-21,0 мкмоль/л
АсАТ	22 Е/л	До 35 Е/л
АлАТ	13 Е/л	До 41 Е/л
Креатинин	111,98 мкмоль/л	61-106 мкмоль/л
Мочевина	7,7 ммоль/л	2,8-7,2 ммоль/л
Глюкоза	7,5 ммоль/л	3,9-6,4 ммоль/л

Повышение уровня креатинина, мочевины и глюкозы в крови

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ)

По формуле Кокрофта-Голта :

$$1,23 \times ((140 - \text{возраст}) \times \text{масса тела}) / \text{креатинин крови} = 1,23 \times (140 - 54) \times 80 / 111,98 = 75,5 \text{ мл/мин/1.73 м}^2$$

ХБП II: поражение почек с умеренным снижением СКФ (60-89 мл/мин/1,73 м²).

Рентген ОГК

Очаговые и инфильтративные изменения в легких не выявлены. Слева плевроперикардальные тяжи.

Признаки венозной гипертензии.

Корни структурны, не увеличены.

Синусы свободны. Диафрагма четко очерчена.

Сердце расширено влево.

Аорта без особенностей.

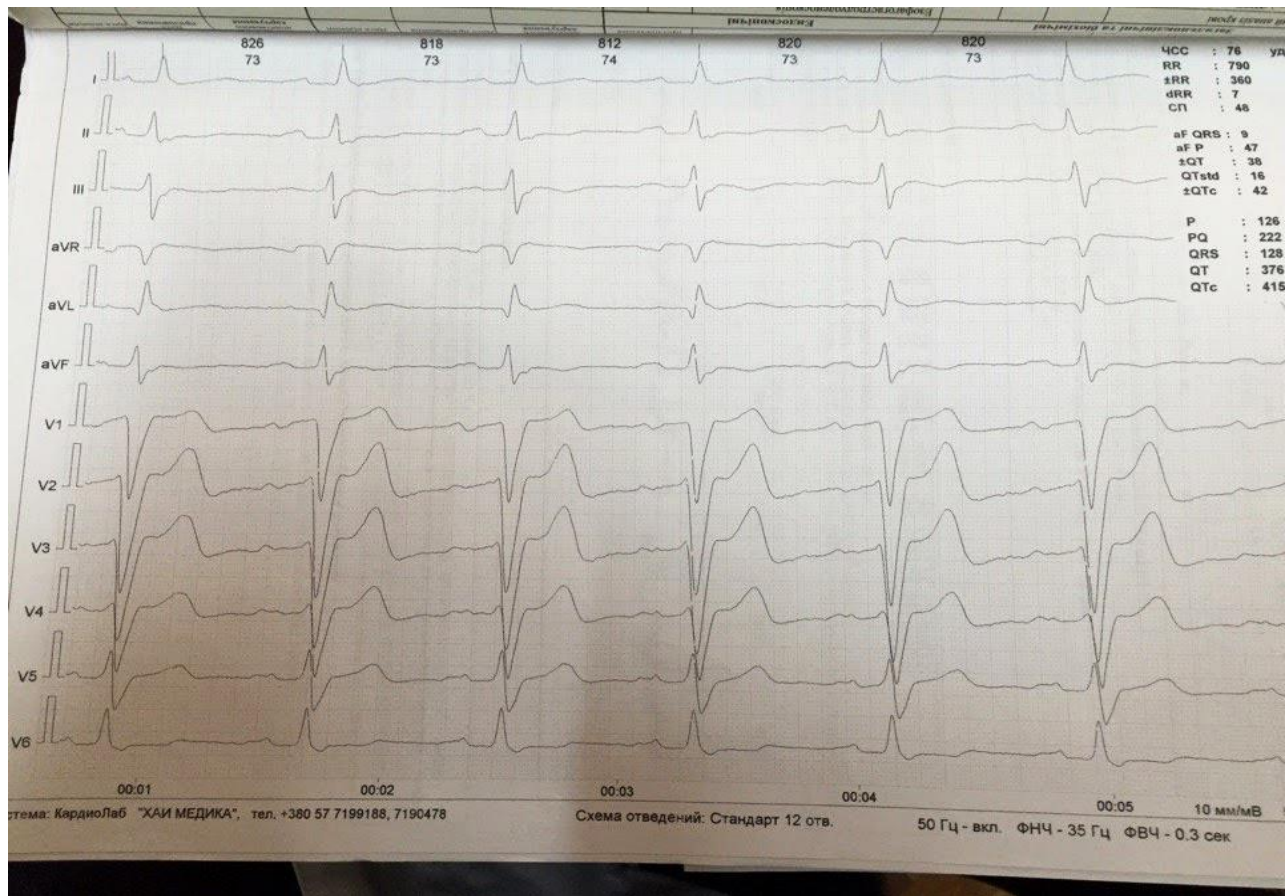
Состояние после стернотомии.

Электрокардиограмма

Ритм синусовый,
правильный.

ЧСС 73 уд\мин.

Полная блокада
ЛНПГ.



Суточное мониторирование ЭКГ и АД

ЭКГ: Преобладающий ритм синусовый со средней ЧСС днем 73 уд\мин, ночью 71 уд\мин. Циркадный индекс 1,02%. Ригидный циркадный профиль ЧСС, признаки вегетативной денервации.

За время наблюдения зарегистрированы одиночные желудочковые экстрасистолы(1072). Ишемические изменения на ЭКГ не обнаружены.

АД: Среднесуточное АД 133\83 мм.рт.ст., (мин.105\56 мм.рт.ст., макс. 160\90 мм.рт.ст.) Циркадный индекс систолического АД 14%. Циркадный индекс диастолического АД 17%. Пациент относится к группе нормального ночного снижения артериального давления.

ЭхоКГ

- Склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов.
- Гипертрофия миокарда левого желудочка.
- Дилатация полостей обоих предсердий.
- Регургитация на клапане легочной артерии - I-II ст.
- Состояние после АКШ.

Узи Почек

Размеры: **Правая**= 127.0x67.0 мм

не увеличена

Структура: не изменена

толщина паренхимы до 15-17мм

Полостная

система: не расширена

Признаки

конкрементов: есть песок и микролиты

d 6.0-5.0мм

Левая= 72.0x44.0 мм

уменьшена “сморщенная”

изменена

истончен корковый слой

не расширена

есть песок и микролиты

d 4.0-5.0мм

Дополнительные данные: в **Левой** почке в нижнем полюсе эхонегативное образование размером 16.0x19.0мм

Заключение: **Сморщенная левая почка.**

Киста левой почки.

Микрокалькулез почек.

Клинический диагноз

► Основной:

ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ф.к. Атеросклероз коронарных артерий (КВГ 09.12.10). АКШ-3 шунта (26.12.10). Вторичная артериальная гипертензия III ст. 3 степень (пациент относится к группе нормального ночного снижения артериального давления). Вторично сморщенная почка. ХБП II ст: осложненный (мочекаменная болезнь, киста левой почки) пиелонефрит, фаза ремиссии. Гипертензивное сердце. Персистирующая форма ФП. Катетерная абляция (2011). Ригидный циркадный профиль ЧСС, признаки вегетативной денервации. СН II А ст. II ФК.

► Сопутствующий:

Нарушение толерантности к глюкозе.

Рекомендуемое лечение

Цели лечения:

1. Улучшить прогноз и предупредить возникновение инфаркта миокарда и внезапной смерти.
2. Уменьшить частоту и снизить интенсивность приступов стенокардии
3. Достижение целевого уровня АД < 130 и 80 мм.рт.ст.

1) Модификация образа жизни:

- Изменение распорядка дня (продолжительность сна не менее 8 часов в сутки)
- Соблюдение диеты и рекомендаций по допустимой физической активности для данного функционального класса стенокардии.

2) Медикоментозная терапия:

- Аспирин 75мг
- Валсартан 80мг и гидрохлортиазид 12,5 мг утром и валсартан 80мг вечером под контролем АД длительно;
- Аторвастатин 20мг вечером;
- Амлодипин 5мг 2р/д под контролем АД;

Прогноз

- После нефрэктомии, выполненной до развития необратимых изменений в противоположной почке прогноз благоприятный;
- В случае двустороннего поражения почек прогноз неблагоприятный.
- Для жизни: при соблюдении назначений и рекомендаций врача - благоприятный
- Для выздоровления: сомнительный

Вывод

В данном клиническом случае отображены особенности неуклонного прогрессирования комбинированной сердечно-сосудистой патологии, возникшей на фоне хронической болезни почек, и методов диагностики и лечения.

Спасибо за внимание